



Jim Doyle  
Governor

Helene Nelson, Secretary

**State of Wisconsin**  
Department of Health and Family Services

**DIVISION OF HEALTH CARE FINANCING**  
WISCONSIN MEDICAID AND BADGERCARE  
RECIPIENT SERVICES  
MADISON WI 53784  
Telephone: 800-362-3002  
TTY: 800-362-3002  
Fax: 608-221-8815  
[www.dhfs.state.wi.us/badgercare](http://www.dhfs.state.wi.us/badgercare)  
[www.dhfs.state.wi.us/medicaid](http://www.dhfs.state.wi.us/medicaid)

PHC 13040S (03/03)

**Notificación sobre prácticas de privacidad**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU PERSONA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. LÉALA CON ATENCIÓN.**

**ESTA NOTIFICACIÓN NO AFECTA SUS BENEFICIOS NI SU ELEGIBILIDAD.**

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003

Esta notificación se envía a todos los inscritos en los siguientes programas de Medicaid (MA, Medical Assistance, T-19) incluyendo BadgerCare; Family Care; Healthy Start; Medical Assistance Purchase Plan (MAPP; Program for all Inclusive Care for the Elderly (PACE); Partnership; Community Options Program-Waiver; Community Integration Program II; Community Integration Program 1A; Community Integration Program 1B; Brain Injury Waiver; Community Supportive Living Arrangement.

<b>Spanish</b> –	Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-800-362-3002 (V/TTY)
<b>Russian</b> –	Если вам не всё понятно в этом документе, позвоните по телефону 1-800-362-3002 (V/TTY)
<b>Hmong</b> –	Yog xav tau kev pab txhais cov ntaub ntawv no kom koj totaub, hu rau 1-800-362-3002 (V/TTY)
<b>Laotian</b> –	ເພື່ອຊ່ວຍໃນການແປ ຫລືເຂົ້າໃຈເນື້ອຫາໃນນີ້, ກະລຸນາໂທລະສັບຫາ 1-800-657-2038 (V/TTY)

**RESPONSABILIDAD SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD**

El programa Medicaid del Department of Health and Family Services, Departamento de Salud y Servicios Familiares o “DHFS” de Wisconsin está comprometida a proteger la confidencialidad de su información médica. Su privacidad ya está protegida bajo las leyes de Medicaid y Wisconsin. Además, actualmente la ley federal exige a los planes de salud como Medicaid que protejan la confidencialidad de la información médica de los afiliados y que les informen sobre su uso y divulgación. La presente notificación explica el tratamiento que Medicaid dará a su información médica y cuáles son sus derechos legales respecto a la confidencialidad. La información médica a la que se hace referencia en esta notificación puede incluir la información contenida en registros de inscripción, reclamos o registros de otra naturaleza que se hayan utilizado para tomar decisiones acerca de sus servicios de atención médica.

Si pertenece a un plan HMO o a otro plan de atención médica administrada, es posible que también reciba una notificación que describa sus políticas de privacidad.

Algunas de las responsabilidades de Medicaid respecto de la confidencialidad son:

- proteger la confidencialidad de toda información médica originada o recibida sobre usted;
- enviarle esta notificación que describe las políticas de privacidad de la información médica por parte de Medicaid y los fundamentos legales para dichas políticas;
- usar o intercambiar la información médica sólo como se define en esta notificación;
- enviarle una nueva notificación si Medicaid modifica las políticas de privacidad.

## **CUÁNDO NO ESTÁ PERMITIDO USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Medicaid no usará ni divulgará su información médica por motivo alguno sin su autorización por escrito, salvo por aquéllos que se detallan en la página 2 de esta notificación. Usted puede cancelar la autorización cuando lo desee. Para ello sólo debe completar y enviar un formulario de solicitud al domicilio que se indica en la sección “Uso de sus derechos” de este documento. Si cancela la autorización, Medicaid no podrá usar ni divulgar su información médica para los propósitos amparados por su autorización escrita; no obstante, Medicaid no podrá retirar las divulgaciones previas que se hayan hecho bajo su autorización. Ante una emergencia, es posible revelar información sin su permiso, si esto redundará en beneficios médicos para su persona. Llegado el caso, se le informará lo antes posible luego de que la información haya sido divulgada.

## **CÓMO SE USA O DIVULGA SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Es posible usar o divulgar la información médica sin su autorización escrita para tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud. Más adelante encontrará ejemplos de estas funciones. Debido a que algunos servicios se proporcionan a través de contratos con otros organismos estatales o empresas privadas, es posible divulgar una parte o la totalidad de la información médica sin su autorización escrita a dichos organismos o empresas de manera que puedan realizar las tareas que les solicitamos. Estos organismos y empresas también deben respetar la confidencialidad de su información.

En esta notificación no se indican todos los tipos de usos y divulgaciones. Los siguientes ejemplos ilustran situaciones comunes en las que se usa o se divulga la información médica sin autorización por escrito para tratamientos, pagos y operaciones del cuidado de la salud. A continuación, proporcionaremos una breve descripción seguida de un ejemplo en cada caso.

**Tratamiento** - Se puede usar o divulgar información médica para asegurar que usted reciba el tratamiento médico necesario. Por ejemplo, cuando necesite un medicamento recetado se puede proporcionar la información médica al farmacéutico.

**Pago** - Se puede usar o divulgar su información médica a terceros para facturar o recaudar pagos por el tratamiento y los servicios que recibió. También es posible intercambiar información médica con otros programas gubernamentales, como el Worker’s Compensation (Compensación de trabajadores); Medicare o seguros privados para administrar sus beneficios y pagos. Por ejemplo, su médico envía a Medicaid un formulario para reclamar el pago. Este formulario incluye información que lo identifica, así como su diagnóstico y tratamiento.

**Operaciones para el cuidado de la salud** - Se puede usar o divulgar información médica para realizar actividades relacionadas con los beneficios o servicios necesarios. Por ejemplo, estas actividades pueden incluir funciones de mejoras en la calidad y el costo, tales como organizar o realizar revisiones médicas, estudios para el mejoramiento de la calidad, servicios de auditoría, dirección o administración general.

Entre otros casos en los que se puede utilizar o divulgar la información médica sin su permiso por escrito se encuentran los siguientes:

**Informarlo** - Es posible utilizar su información para informarlo acerca de servicios de salud y bienestar, entre ellos recordarle turnos médicos, darle a conocer alternativas para tratamientos o brindarle información sobre servicios o beneficios relacionados con la salud.

**Salud pública** - Se puede dar a conocer información a una autoridad de salud pública o a otra autoridad gubernamental correspondiente y autorizada por la ley para recabar o recibir información con el propósito de ayudar a prevenir o controlar enfermedades, lesiones, incapacidades, exposición a infecciones y maltrato de niños o violencia familiar. Las autoridades pueden ser organismos gubernamentales locales, estatales o federales. Por ejemplo, se puede intercambiar la información médica si usted está expuesto a una enfermedad transmisible o corre el riesgo de contraer o propagar una enfermedad de este tipo.

**Actividades de supervisión de la salud** - Se puede compartir información con otros organismos gubernamentales para supervisar el sistema de atención médica, como por ejemplo, la habilitación e inspección de instituciones médicas, auditorías y otros procedimientos relacionados con la supervisión del sistema de atención médica.

**Médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias** - Es posible divulgar información médica a un examinador médico, médico forense o director de funeraria en la medida que sea necesario para el cumplimiento de sus obligaciones, según lo establece la ley. Por ejemplo, puede ser necesario para identificar a una persona fallecida.

**Donación de órganos** - Si usted es donante de órganos, se puede proporcionar la información a la organización que busca órganos o realiza trasplantes con el propósito de que sea utilizada para un trasplante o donación.

**Compensación de trabajadores** - Es posible divulgar su información para cumplir con las leyes de compensación laboral u otras similares.

**Seguridad pública** - Es posible divulgar su información para evitar o reducir los factores que amenacen su salud o seguridad, la de otra persona o la del público en general.

**Funciones gubernamentales especializadas** - Es posible utilizar o divulgar su información al gobierno para que éste desempeñe funciones especializadas. Por ejemplo, si usted es o ha sido integrante de las fuerzas armadas estadounidenses, se puede divulgar la información a las autoridades militares correspondientes.

**Cumplimiento de la ley** - Se puede divulgar la información para cumplir con los requisitos legales o con instituciones de cumplimiento de la ley, por ejemplo, para identificar a una persona desaparecida.

**Audiencias judiciales y de otro tipo** - Se puede divulgar la información para cumplir con la orden de un tribunal.

**Obligaciones legales** - Además de los casos que se indican anteriormente, Medicaid puede divulgar la información médica cuando la ley así lo disponga.

## **DERECHOS SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos:

**Ver o hacer una copia de su información médica** - Para ver o hacer una copia de los registros de inscripción, reclamos u otros registros utilizados para tomar decisiones acerca de los servicios de su plan de salud, complete y envíe un formulario de solicitud al domicilio que se indica en la sección “Uso de sus derechos” de este documento. Medicaid no incluirá información prevista para llevar a cabo acciones o procedimientos legales. Se le podrá cobrar por gastos incurridos en procesar lo que solicite.

**Corregir información que considera incorrecta o incompleta** - Para solicitar la corrección de los registros de inscripción, reclamos y de otra naturaleza utilizados para tomar decisiones sobre los servicios de su plan de salud, complete y envíe un formulario de solicitud al domicilio que se indica en la sección “Uso de sus derechos” de este documento. Revisaremos su solicitud y si no se autoriza el cambio, se le informará por escrito la razón y la manera en la que puede expresar su desacuerdo.

**Solicitar una lista de quiénes recibieron su información y por qué** - En esta lista no se incluirá la información utilizada para pagar su tratamiento ni para nuestras operaciones de cuidado de la salud. Tampoco se detallará información que se haya proporcionado en una lista previa, para actividades de seguridad nacional, observancia o enmiendas de la ley ni para ciertas actividades de supervisión de la salud. La información que se le proporcionará incluirá la fecha de divulgación, el nombre de la persona u organización, una breve descripción y el motivo de la divulgación. La lista no contendrá fechas anteriores al 14 de abril de 2003 ni datos que superen los seis años de antigüedad. Medicaid le proporcionará una lista anual sin cargo, pero tal vez le cobre si solicita listas adicionales. Para obtener esta lista, debe completar y enviar un formulario de solicitud al domicilio indicado en la sección “Uso de sus derechos” de este documento.

**Solicitar restricciones sobre el uso o la divulgación de la información médica para tratamientos, pagos u operaciones del cuidado de la salud** - Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información médica. Sin embargo, Medicaid no está obligado a estar de acuerdo con las restricciones que usted solicite. Una vez que complete y envíe el formulario de solicitud al domicilio que se indica más adelante, lo evaluaremos y le informaremos si podemos o no cumplir con las restricciones.

**Solicitar que se le informe acerca de su salud en un lugar o de manera tal que ayude a preservar la confidencialidad de su información** - Tiene derecho a solicitar el lugar y la manera en que Medicaid se comunicará con usted respecto de su información médica. Luego de completar y enviar el formulario de solicitud al domicilio que se indica en la sección “Uso de sus derechos” de este documento, éste será evaluado y Medicaid le informará si puede llevar a cabo su pedido.

**Recibir una copia por escrito de esta notificación** - Si recibe esta notificación a través de la página electrónica en el Internet del DHFS o mediante correo electrónico (e-mail), tiene derecho a solicitar y recibir una copia impresa. Para ello, llame a Recipient Services ( Servicios para Beneficiarios) al (800) 362-3002.

## **USO DE SUS DERECHOS**

Para hacer uso de cualquiera de estos derechos o para obtener una copia del formulario de solicitud de privacidad adecuado para inspecciones, copias, correcciones, o si desea solicitar restricciones u obtener una explicación sobre su información médica, llame a Recipient Services al (800) 362-3002. Complete y envíe el formulario de solicitud de privacidad a DHCF Privacy Officer, Wisconsin Medicaid and BadgerCare Recipient Services, P.O. Box 6678, Madison, WI 53716-0678.

## **MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN**

Esta notificación puede ser modificada o corregida en cualquier momento. Los cambios serán efectivos para toda la información médica, incluso la que se encuentra archivada. Cuando se realicen cambios en la política, se le enviará una nueva notificación. Medicaid de Wisconsin también publicará la nueva notificación en la página de Internet para los beneficiarios en <http://www.DHFS.state.wi.us/Medicaid>. **Hasta tanto se efectúe algún cambio, Medicaid cumplirá con la versión actual de esta notificación.**

## **INFORMACIÓN ADICIONAL**

Si tiene preguntas sobre alguna parte de esta notificación o si desea información adicional acerca de nuestras prácticas de privacidad, escriba a Wisconsin Medicaid and BadgerCare Recipient Services, P.O. Box 6678, Madison, WI 53716-0678, o llame al (800) 362-3002 (V/TTY).

## **QUEJAS**

Usted no perderá beneficio alguno ni su elegibilidad, ni tampoco se tomarán represalias en su contra si presenta quejas. Si tiene alguna queja sobre esta notificación, la manera en la que Medicaid maneja su información médica o si considera que sus derechos de confidencialidad han sido violados, envíela por escrito a DHCF Privacy Officer, Wisconsin Medicaid and BadgerCare Recipient Services, P.O. Box 6678, Madison, WI 53716-0678.

También puede presentar una queja directamente al secretario del Department of Health and Human Services (Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos). Puede hacerlo por escrito a Privacy Officer, Office of Civil Rights, Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20201. Si desea información adicional, llame al (866) 627-7748.

**Si no tiene preguntas acerca de esta notificación, no es necesario que se comuniquen con nosotros. Recuerde que esta notificación no afecta sus beneficios de atención médica ni su elegibilidad.**